FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 14

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Février 1906, à 1 heure

PAR

René BLAIN

DE LA SURVEILLANCE

ET DE

l'Assistance Médicale de la Femme enceinte

dans les Villes et dans les Villages

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges { MM. TERRIER, *professeur*
WALLICH, *agrégé*
GOSSET, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

MARCHAL & BILLARD

Imprimeurs-Éditeurs, Libraires de la Cour de Cassation

27, Place Dauphine, 27

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR A. BLAIN

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

De la Surveillance et de l'Assistance médicale

De la Femme Enceinte

dans les villes et dans les villages

AVANT-PROPOS

Dans une conférence faite à la Sorbonne le 9 mai 1891, sur « l'assistance des femmes enceintes », M. le professeur Pinard, qui a toujours apporté à la protection de la mère et de l'enfant une ardeur et une conviction, que sa compétence et sa haute autorité rendent doublement précieuses, passe en revue la situation sociale particulière à chaque femme enceinte, qu'il groupe en trois grandes catégories.

C'est d'abord les femmes entourées et protégées, auxquelles rien ne fait défaut, ni les ressources matérielles, ni l'appui moral, ni les soins qui vont constituer pour elles une puissante prophylaxie contre presque tous les accidents.

Puis viennent les femmes encore entourées, mais pour lesquelles la protection et l'assistance sont plus ou moins insuffisantes ; si elles ont encore l'appui

moral, la consolation et les encouragements du cercle familial, elles n'ont plus les ressources matérielles : le travail est nécessaire et d'autant plus indispensable qu'aux charges actuelles va s'en ajouter une nouvelle. La grossesse n'interrompt point leurs occupations journalières qu'elles ne quittent qu'au dernier moment. Et M. Pinard s'exprime ainsi : « Mères déjà chargées de famille, femmes besogneuses, créatures vaillantes et courageuses, elles vont jusqu'à la fin, sans s'inquiéter de tel symptôme qui va constituer pour elles une infirmité ou de tel autre qui va menacer son existence. C'est parmi celles-là que se trouvent les malheureuses que nous voyons venir trop tard dans nos maternités et qui payent de leur vie le temps qu'elles ont encore voulu passer à la maison... On peut faire abstraction de leurs peines et de leurs fatigues puisqu'elles ont l'énergie suffisante pour traverser la durée de leur grossesse sans se plaindre ; mais on ne peut méconnaître que le travail forcé dans ces conditions produit souvent des infirmités incurables et, — ce qui est pire encore, — que l'absence de soins engendre des accidents qui auraient pu facilement être conjurés et vont tuer ces malheureuses. »

Enfin, une troisième catégorie de femmes enceintes abandonnées, privées d'entourage et de protection, et pour lesquelles la première manifestation de leur état probable est le signal du découragement, le commencement du calvaire qu'elles auront à gravir, si le désespoir ne les arrête pas en chemin.

C'est sur ces deux dernières classes de la société que l'orateur attirait l'attention de son auditoire ; et lorsqu'il disait : « J'espère que les temps sont proches où l'on voudra changer cette manière d'être et de faire, où la société songera à faire l'économie de tant de vies si précieuses qui pourraient être facilement conservées », il était animé du désir de voir toutes ces femmes déshéritées bénéficier des mêmes avantages matériels et des soins médicaux qu'un petit nombre seulement trouvait au Refuge de l'avenue du Maine et à l'Asile municipal Michelet.

Aussi, frappé par la rareté des accidents survenant chez les femmes qui avaient séjourné dans un de ces établissements avant leur accouchement, et convaincu plus encore de la nécessité d'une surveillance médicale pendant la grossesse, donna-t-il, lors de l'ouverture de la Maison d'accouchements Baudelocque, une place prépondérante à son service de consultation. Comprenant d'autre part qu'il fallait en faciliter l'accès aux futures mères, retenues par leurs occupations journalières, les portes de la consultation restèrent toujours ouvertes pour permettre à celles-ci de venir y chercher les soins que réclame leur état de grossesse, sans les déranger dans leur travail et sans porter atteinte à leur salaire.

Les bons résultats ne se firent point attendre et vinrent confirmer les prévisions de notre Maître qui, voyant que toute prophylaxie utile résidait dans une surveillance médicale sérieuse et suivie, perfectionna en 1897 le fonctionnement de sa consultation, à la

tête de laquelle fut placée une sage-femme spécialement chargée de ce service.

Ces modifications produisirent des conséquences très remarquables, puisque depuis cette époque, malgré le nombre toujours croissant des femmes entrées dans le service, celui des accidents éclamptiques et des présentations vicieuses a considérablement diminué. C'était pour notre Maître la juste récompense de ses efforts et un nouvel encouragement à persévérer dans la voie qu'il s'était tracée.

C'est pour ces raisons que M. le professeur Pinard nous fit l'honneur de nous confier le soin d'exposer ces résultats et d'envisager la possibilité d'une surveillance médicale aussi bien dans les villes que dans les villages, désireux de voir celle-ci se généraliser, et de contribuer aussi au développement d'une population saine et vigoureuse, en sauvant nombre d'existences, en empêchant les mères de mourir et en permettant aux enfants de naître physiologiquement.

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous guider de son expérience et de l'intérêt qu'il nous a porté dans le cours de nos études médicales. Se souvenant de l'étroite et franche amitié qu'il avait eue pour notre père, il n'a cessé de nous donner, dans de nombreuses circonstances, de telles preuves d'affection, que nous ne pourrons jamais payer la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui. Et, si cette étude peut avoir quelque conséquence utile, le mérite en reviendra entièrement à

notre Maître qui depuis si longtemps déjà consacre tous ses instants à la puériculture intra-utérine.

Nous adressons également nos remerciements à MM. les Drs Broca, Troisier, Terrier, Mosny et Gaucher pour l'enseignement qu'ils nous ont donné et l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès d'eux.

Nous devons un souvenir tout particulier à M. le Dr Gosset, qui, pendant notre année d'externat à l'hôpital de la Pitié, ne cessa de nous donner des témoignages de sympathie que nous ne pourrons oublier. C'est sous le contrôle de son diagnostic si sûr que nous avons appris la clinique chirurgicale : et, dans ses conseils et ses enseignements, nous sentions l'intérêt affectueux de l'ami autant que la science du maître.

Que M. le Dr Sevestre, qui nous a fait connaître et comprendre la clinique infantile, croie à toute notre gratitude pour avoir bien voulu s'intéresser à nous avec la bonté et la délicatesse que connaissent bien tous ceux qui l'approchent.

Nous remercions très sincèrement M. le Dr Couvelaire, chef de laboratoire, du précieux concours qu'il nous a toujours prêté aussi bien dans ce travail que pendant notre année d'externat à la clinique Baudelocque.

Nécessité d'une surveillance médicale chez toute femme enceinte.

En dehors des règles de l'hygiène générale, il en existe d'autres spéciales à la grossesse, concernant non seulement la mère mais aussi le produit de conception, dont il faut assurer le bon développement et empêcher l'expulsion prématurée.

Ces lois que l'on retrouve dans les premiers traités d'accouchement, que Mauriceau expose longuement dans le *Gouvernement des femmes grosses*, n'ont trait qu'à des questions relativement secondaires, touchant l'habillement, les rapports conjugaux, les bains, etc.

Elles concernent quelques femmes privilégiées appartenant à la noblesse ou à la bourgeoisie. Comme J.-J. Rousseau qui écrivait que les filles du peuple n'ont pas besoin d'instruction, on pensait que les travailleuses n'avaient pas besoin d'hygiène pendant la gestation.

L'application de l'hygiène à la grossesse a pris une importance plus grande et a donné des résultats meilleurs depuis que M. le professeur Pinard vulgarisa la méthode du palper abdominal et que

les travaux de Gautier, Bouchard, Quinquaud et Paulow ont permis de grouper sous le seul nom d'hépato-toxémie gravidique (Pinard) différentes maladies de la grossesse, que d'autres auteurs, ignorant la cause, considéraient comme autonomes.

Varnier, dans son *Obstétrique journalière*, la résume de la façon suivante : il faut, dit-il :

« 1° Ecarter tout ce qui pourrait entraîner l'expulsion prématurée de l'œuf ;

« 2° Surveiller attentivement les différents appareils et la régularité de leurs fonctions, en particulier les appareils et fonctions d'assimilation et de désassimilation.

« 3° Enfin, préparer à l'enfant une sortie facile et sans danger ; à la mère un accouchement et des suites de couches physiologiques. »

Le premier point qui a trait plutôt à l'hygiène générale ne renferme point d'indications précises ; tout dépendra du milieu dans lequel vit la femme enceinte, de la classe sociale à laquelle elle appartient.

Il est évident que l'on ne donnera pas les mêmes conseils à une femme indigente, à une ouvrière, dont la grossesse n'interrompt pas les occupations journalières, et à une femme de la classe aisée.

« En thèse générale, on conseillera d'éviter toute fatigue générale de l'organisme, toute fatigue de l'organe gestateur, tout traumatisme général ou local. Il est nécessaire de faire prendre pour les femmes enceintes les précautions et les soins que

prennent les éleveurs pour les femelles en état de gestation. » (Pinard).

Toutes les futures mères sont loin d'être placées dans des conditions semblables ; aussi bien différentes sont les répercussions et les conséquences directes et incessantes sur l'être qu'elles logent et nourrissent.

Il importe de se rappeler que dans la deuxième moitié de la grossesse le segment inférieur de l'utérus devient pelvien, et qu'il faut par cela même éviter tout ce qui peut amener un traumatisme de cette région « jouant le rôle du coup de vent qui fait se détacher de l'arbre le fruit encore vert et pourtant sain ».

Aussi M. Pinard insiste-t-il avec juste raison dans ses leçons journalières sur l'influence du *surmenage* au point de vue du développement normal de l'œuf. Relevant le poids de 188.204 enfants nés dans deux grandes Maternités de Paris depuis 1822 jusqu'en 1900, il constata que plus d'un tiers (72.626) pesait moins de 3 kilogrammes, c'est-à-dire n'avait pas eu une première vie normale. Et si l'on songe que c'est la première qui, pour une grande part, gouverne la seconde, c'est-à-dire la vie extérieure, on peut en prévoir les conséquences ; car on sait aujourd'hui que rien n'est plus dangereux pour un être humain que de naître prématurément, c'est-à-dire d'avoir eu une première vie trop courte. Sur 2.961 enfants prématurés soignés de 1893 à 1899, à la Maternité, il en est mort 1795. Ceux qui résistent, les prématurés pour lesquels on a fait tant de sacrifices qui ont coûté

tant de soins, de dévouement et d'argent, sauf de rares exceptions, restent pendant toute leur vie des débiles, des infirmes, des déchets sociaux. Ce sont ceux là qui, comme le disait Rousseau, passent leur vie uniquement préoccupés de la conserver.

Plus important est de surveiller la régularité des différents appareils de l'organisme, car pendant toute la durée du développement normal de l'œuf, il y a une suractivité de tous les organes, dont le surmenage peut entraîner l'impotence fonctionnelle, de sorte que pendant la gestation les organes sont impuissants à jouer le rôle qu'ils remplissaient d'une façon normale en dehors de la grossesse.

Il est donc capital de surveiller attentivement, et cela, tout le temps que dure la gestation, les différents appareils et la régularité de leurs fonctions, en particulier les appareils et fonctions d'assimilation et de désassimilation.

Lorsque le foie et les reins, qui jouent dans l'économie le plus grand rôle parmi les organes d'élaboration, sont insuffisants, on voit éclater des accidents d'auto-intoxication, dont le plus redoutable est l'apparition des convulsions éclamptiques.

L'examen des urines permettra de prévenir ces accidents, puisque l'albuminurie est le seul signe clinique qui nous permette jusqu'à présent de dépister aisément cette insuffisance fonctionnelle : d'où ce principe d'examiner toujours les urines, même en dehors de tout signe d'insuffisance rénale, et pendant toute la durée de la grossesse.

Les examens, répétés plus fréquemment à partir du septième mois, mettront la femme à l'abri des plus graves accidents puisque les causes qui produisent l'albumine prédisposent par ce seul fait à l'éclampsie. D'ailleurs, sur 168 éclamptiques dont les urines ont été analysées avec soin, Olshausen n'a constaté qu'une seule fois l'absence totale d'albumine ; à la clinique Baudelocque, sur 109 éclamptiques une seule ne présentait pas d'albumine avant les accès.

C'est en soumettant la femme enceinte à un régime approprié que l'on évitera le surmenage du foie, que l'on diminuera l'apport de toxines au niveau du filtre rénal, que l'on traitera en un mot les différentes manifestations de l'auto-intoxication gravidique. Lorsqu'en effet une albuminurique est soumise au régime lacté depuis une huitaine de jours, elle échappe, comme l'a fait remarquer Tarnier, presque sûrement à l'éclampsie ; si au contraire, l'albuminurie n'est pas traitée, l'éclampsie survient une fois sur six (Blot) : aussi voit-on cette redoutable complication éclater presque toujours chez les femmes dont les urines n'ont point été analysées au cours de la gestation.

En consultant les différents auteurs, nous voyons que l'éclampsie est une complication dont la fréquence doit attirer l'attention : M. le Dr Lepage compte un cas sur 500 accouchements dans la clientèle de ville, et un cas sur 160 dans les hôpitaux. La statistique du professeur Pinard, dans son

ancien service de Lariboisière donne un cas pour 200. Mais depuis l'installation de la Maison d'accouchements Baudelocque, cette statistique s'est graduellement améliorée, car l'éclampsie, pour des raisons que nous exposerons plus loin, y devient de plus en plus rare, puisqu'on ne la rencontre plus qu'une fois sur 480 accouchements, et toujours chez des femmes dont la grossesse évolua sans examen. Il est facile de trouver l'explication de ces résultats dans l'amélioration de la situation de ces femmes, qui, surveillées et soignées pendant leur grossesse, sont venues dans le service accoucher normalement.

En troisième lieu, il faut préparer à la mère un accouchement facile, sans danger pour elle et pour son enfant et des suites de couches normales ; ce que Varnier exprime en ces termes : « L'enfant naissant d'autant plus facilement et sans danger qu'il se présente franchement par le sommet, l'accoucheur doit s'assurer à sept mois et demi chez les primipares, à huit mois chez les multipares que la présentation du fœtus est régulière, c'est-à-dire non seulement que la tête est en bas, mais qu'elle est sinon engagée, du moins *solidement fixée* à l'entrée du bassin. La tête est-elle mobile ? La fixer à l'aide de la ceinture eutocique. Transformer par manœuvres externes la présentation de l'épaule et du siège en présentation de l'extrémité céphalique. »

L'accouchement dans la présentation du siège, que l'on rencontre une fois sur soixante, se termine le

plus souvent d'une façon spontanée, et ne présente pas par conséquent les dangers d'une présentation de l'épaule, dans laquelle l'évolution spontanée n'est pas possible. Fort heureusement, comme l'éclampsie, elle devient aujourd'hui beaucoup plus rare, si l'on compare le chiffre recueilli dans le service de Baudelocque avec ceux que donnent la plupart des auteurs.

La surveillance médicale rend donc ici encore les plus grands services puisqu'elle permet d'accomplir dans des conditions absolument normales un accouchement qui eût été impossible ou plein de dangers pour la mère et son enfant. Si l'on attend, en effet, le début du travail pour opérer cette transformation, c'est courir les risques d'un échec, c'est s'exposer à de nouvelles complications, c'est la mort par asphyxie pour l'enfant, c'est la mort peut-être pour la mère, conséquence de la rupture du muscle utérin ou de l'infection, du fait de la longueur du travail et de la nécessité des manœuvres intra-utérines. L'intervention dans les deux cas est donc indispensable, sans dangers si elle est faite à temps, et d'un pronostic réservé au contraire, si elle est tardive.

Les recherches du praticien doivent être poussées plus loin et se terminer par un toucher vaginal qui permettra l'exploration méthodique du squelette pelvien, du segment inférieur de l'utérus et des parties molles du bassin. Cet examen sera fait avec plus d'attention encore toutes les fois qu'au huitième mois la tête reste mobile au-dessus du détroit supé-

rieur, « afin de dépister longtemps à l'avance les obstacles qui de ces divers chefs pourraient gêner l'accouchement et de se préparer à tête reposée à y parer. L'improvisation thérapeutique en plein travail est périlleuse pour la mère et pour l'enfant. » (Varnier).

Enfin, il sera utile d'aseptiser les voies par lesquelles doit passer le fœtus, à l'aide d'injections antiseptiques qui auront pour but de débarrasser le vagin des microorganismes pathogènes qu'il peut renfermer, ou d'atténuer leur virulence ; on évite ainsi à l'accouchée l'auto-infection et à l'enfant l'ophtalmie.

On voit donc qu'en dehors des conseils d'hygiène à donner à la femme enceinte, la surveillance médicale pendant la grossesse peut se ramener à trois points principaux : *Analyse des urines*, *diagnostic de la présentation fœtale*, *recherche d'une dystocie possible*.

L'analyse des urines révèlera l'insuffisance fonctionnelle des organes d'élaboration de l'économie ; consécutivement, l'évolution du produit de conception se fera normalement jusqu'au terme, grâce au traitement spécial qui mettra aussi la mère à l'abri des accès éclamptiques. Le diagnostic précoce d'une présentation vicieuse, de la présentation de l'épaule en particulier, permettra de la corriger avant tout début du travail ; l'intervention faite à temps facilitera l'accouchement avec le minimum de traumatisme pour la mère et pour l'enfant.

Ce que doit être une consultation de femmes enceintes là où il est possible de l'établir. — Comment la surveillance médicale peut-elle s'exercer dans les villages.

Avant de définir ce que doit être une consultation de femmes enceintes et d'envisager la possibilité d'une surveillance médicale dans les villages, il est un point important à signaler, c'est que beaucoup de femmes laissent évoluer leur grossesse sans subir d'examen, qu'elles aient ou non toutes les facilités pour le faire. Peut-être certaines consentent-elles à consulter une seule fois pendant les neuf mois de gestation pour être renseignées sur la date probable de leur accouchement. Ces femmes qui se rencontrent dans toutes les classes de la société peuvent se grouper en deux catégories : celles qui connaissent et celles qui ignorent les soins qu'exige leur état de grossesse, et les dangers auxquels elles s'exposent par leur abstention.

Les premières sont doublement coupables et sans excuses, et expient quelquefois trop chèrement leur négligence souvent commandée par une pudeur religieuse ou autre mal comprise. Les secondes, qui for-

ment le plus grand nombre, s'abstiennent par ignorance, trompées qu'elles sont par les apparences d'un bon état général et par l'absence de tout signe douloureux. Elles ne consultent pas parce qu'elles ne se doutent point des complications qui les guettent, parce qu'elles n'ont jamais été instruites sur la nécessité d'être surveillées pendant leur grossesse. Si quelque signe anormal, quelque symptôme insolite vient à faire son apparition, elles en trouvent facilement l'explication et l'attribuent à leur situation actuelle sans y attacher plus d'importance.

Nous croyons qu'il importe de combattre cette ignorance et d'instruire la femme sur le rôle physiologique qu'elle aura à remplir. Nous n'osons en donner les moyens : mais il nous semble qu'il serait rationnel de faire entrer dans l'instruction un chapitre spécial à l'hygiène des futures mères, leur apprenant la conduite à tenir dans le rôle si important qui leur est réservé.

Ces instructions, données sommairement à de jeunes esprits pour la plupart incapables d'en comprendre toute l'étendue, pourraient trouver place avec plus de précision et de détails dans le livret de mariage, où seraient exposés les dangers d'une grossesse évoluant sans examen, la nécessité d'analyser les urines en temps utile et de constater la bonne présentation fœtale vers le septième ou le huitième mois suivant la parité.

Beaucoup de femmes, il est vrai, sont devenues et deviennent mères sans être en possession du livret

de mariage, sans s'être conformées aux conventions sociales : elles n'en sont que plus intéressantes, car il arrive un moment où ne pouvant plus dissimuler leur état physique, elles deviennent de pauvres abandonnées ; nous verrons plus loin dans quelles mesures la société pourrait soulager leur infortune.

Ces instructions pourraient encore être portées à la connaissance des femmes indigentes par le carnet d'assistance médicale très répandu dans les campagnes.

Alors, renseignée sur les devoirs de sa maternité future, la femme saura qu'elle doit se faire examiner à différentes époques de la gestation si elle veut avoir la presque certitude d'accoucher normalement d'un enfant qui aura d'autant plus de chances d'être sain et vigoureux que cette surveillance médicale lui aura permis de naître à terme.

*
* *

Mais où la femme enceinte indigente peut-elle consulter ? Elle ne peut le faire que si elle reçoit gratuitement les soins qu'elle demande, c'est-à-dire dans une consultation gratuite dont l'organisation et le fonctionnement varieront suivant qu'il s'agit de la ville ou de la campagne.

Dans les grandes villes, à Paris en particulier, depuis une vingtaine d'années les maternités ont augmenté de nombre et d'importance ; mais il nous a semblé dans certaines d'entre elles que l'accès et le fonctionnement de la consultation pourrait se

perfectionner pour le plus grand bien des consultantes.

Nous croyons (et les documents que nous exposerons dans le chapitre suivant semblent nous donner raison) qu'une consultation pour femmes enceintes doit être gratuite dans le vrai sens du mot, c'est-à-dire donner à celles-ci toutes les facilités pour venir se faire examiner sans porter atteinte à ses occupations quotidiennes, à son travail et par cela même à son salaire. *Elle ne peut être réellement gratuite qu'en étant permanente, ouverte à toute heure du jour et de la nuit.*

Nous croyons aussi que cette surveillance doit être exercée toujours par la même personne spécialement attachée à cette fonction, faite par conséquent par une sage-femme sous le contrôle du chef de service ou d'un de ses aides : ce qui offre à la consultante l'avantage d'être vue et examinée dans le plus bref délai par quelqu'un qui pourra suivre sa grossesse pendant toute son évolution.

Il existe dans toutes les maternités de Paris une lacune administrative que les accoucheurs ne peuvent combler, se heurtant aux règlements : c'est la question des médicaments. Certaines femmes syphilitiques viennent consulter parce qu'elles n'ont jamais pu mener une grossesse à terme : elles s'en retournent avec de bons conseils, une ordonnance, mais sans potion, sans piqûre, sans friction : et bien souvent l'avariée ne suit pas son traitement, reculant devant les frais d'une médication de lon-

gue durée, qu'elle jugera même inutile si elle-même n'est pas incommodée par les manifestations spécifiques.

Cependant la syphilis mérite que l'on s'occupe d'elle car, à elle seule, elle fait plus de ravages que l'éclampsie et les présentations vicieuses. Une statistique du professeur Fournier fait bien ressortir l'effrayante mortalité fœtale résultant de la syphilis maternelle. Sur 208 grossesses provenant de 100 femmes spécifiques :

148 enfants sont morts.

60 ont vécu.

Mais que sont-ils devenus ? Peu d'entre eux ont survécu si nous nous reportons aux travaux de Le Pileur qui, observant les enfants de 130 femmes syphilitiques, ne compte que 5 survivants.

*
* *

Beaucoup de villes de province possèdent un hôpital avec ou sans maternité ; il est difficile de concevoir la possibilité d'une consultation permanente : tout au plus peut-on en limiter l'entrée à certaines heures et à certains jours de la semaine, ou obvier à cet inconvénient en établissant une surveillance médicale telle qu'elle peut être établie dans les villages.

Il semble au premier abord que cette surveillance prophylactique devient difficile dans les villages privés d'hôpitaux et de maternités. Elle est possible cependant et M. Morel de Villiers, médecin et maire

de la commune de Villiers-le-Duc (Côte-d'Or) nous en donne la preuve. Doué d'un cœur compatissant et d'une intelligence remarquable, cet éminent philanthrope a pu organiser une grande œuvre sanitaire et hygiénique dans la commune qu'il administre depuis 1884. Nous nous bornerons à indiquer les mesures prises par lui concernant la femme enceinte, dont l'application a donné de merveilleux résultats.

Arrêté :

Le Maire de Villiers-le-Duc,

Vu la loi du 5 avril 1884, du 15 juillet 1893 et du 23 décembre 1874, ainsi que la circulaire ministérielle du 18 mai 1894 (Titre III, article 12),

Considérant que les municipalités ont le devoir d'enrayer la dépopulation en prenant les mesures indispensables pour restreindre la mortinatalité et la mortalité infantile.

Le Conseil municipal entendu,

Arrête :

Article premier. — Toute femme enceinte, mariée ou non, domiciliée dans la commune, ne possédant pas les ressources suffisantes pour lui permettre de prendre à sa charge les dépenses qu'entraîneraient les mesures nécessaires pour assurer, autant que possible, non seulement sa propre existence, mais aussi celle de l'enfant à naître pourra demander l'assistance de la commune.

Art. 2. — Pour bénéficier de cette faveur, elle devra déclarer son état de grossesse, à la mairie, avant le septième mois, en indiquant, en même temps, par quelle sage-femme elle désire être assistée. La sage-femme désignée sera invitée par

la mairie à visiter la femme enceinte afin de s'assurer qu'il n'existe ni albuminurie, ni distocie fœtale ou maternelle, ni présentation vicieuse. Il sera alloué à la sage-femme, pour cette visite, une somme de cinq francs sur le crédit ouvert au budget de la commune pour l'assistance médicale gratuite et sans participation de l'Etat ou du département.

Art. 3. — Dans le cas où la sage-femme, après cet examen, jugerait que l'intervention d'un médecin est nécessaire, elle devra en aviser de suite la municipalité, sans motiver son avis. La mairie priera alors un médecin au choix de la femme enceinte de prendre les mesures nécessaires pour mener à bien l'accouchement. Les honoraires du médecin seront soldés sur le crédit de l'assistance médicale gratuite, sans participation de l'Etat ou du département.

Les sept articles qui suivent concernent les suites de couches et les conseils aux nourrices.

M. Morel de Villiers eut à lutter contre l'administration préfectorale qui, à plusieurs reprises, le mit en demeure de modifier son arrêté, auquel on reprochait d'empiéter sur le terrain médical, d'imposer des obligations illégales, et bien d'autres futilités encore. Ces reproches, inspirés par une interprétation trop étroite de nos lois, ne paralysèrent point ses justes efforts, dont les résultats ne firent que l'encourager dans son intelligente tentative.

M. le professeur Pinard, chargé par le bureau de l'Académie de médecine de faire un rapport sur ce document, s'exprimait ainsi à la séance du 15 mars 1904 : « Quant à ces mesures en elles-mêmes, je ne

puis et ne veux les critiquer. Elles ont été prises par un maire qui est médecin et qui est né dans le pays. Elles sont donc adéquates à leur objet, c'est-à-dire à la situation et à la population du pays.

Est-ce à dire qu'elles sont suffisantes pour toutes les communes ? Est-ce à dire qu'il ne faille en rien les modifier ou y ajouter ? Assurément non. Tout ce que je puis affirmer, c'est qu'avec d'autres mesures on pourra obtenir des résultats peut-être aussi bons, mais non supérieurs...

Je le félicite tout particulièrement d'avoir fait de la puériculture avant la naissance. Car, ainsi que je ne cesse de le répéter, nous devons chercher autant à rendre les enfants forts pour l'avenir qu'à les empêcher de mourir pour le présent.

Aussi, je suis heureux de proclamer ici que tous les enfants qui sont nés à Villiers-le-Duc depuis dix ans sont aujourd'hui tous vivants et vigoureux.

C'est le plus bel échantillon de puériculture que je connaisse. L'œuvre de M. Morel de Villiers est digne de respect et d'admiration. C'est le plus bel exemple qu'on puisse et qu'on doive donner à toutes les communes de France. »

Il est probable que peu de maires imiteront ce philanthrope dans son œuvre sanitaire ; d'autre part les représentants du corps médical, quoique animés des meilleures intentions, verront leurs efforts stériles et sans effet si l'administration refuse son concours indispensable. Que ceux à qui nous avons confié la défense des intérêts de notre pays et les nôtres

s'engagent dans la voie que leur a indiquée le grand bienfaiteur qu'est M. Morel de Villiers ; ils feront œuvre utile et nécessaire en mettant un frein à la dépopulation toujours croissante.

Ils ne feront que répondre aux appels de M. Pinard à l'Académie de médecine en 1895, au Congrès international de 1900, et tout récemment encore à l'Université populaire du faubourg Saint-Antoine. M. le Dr F.-G. Bachimont, aujourd'hui député, écrivait en 1898 : Au point de vue de l'humanité, au point de vue de l'augmentation de la population, au point de vue de l'évolution de la race française, il est nécessaire, il est urgent que les pouvoirs publics interviennent pour protéger la femme pendant les trois derniers mois de sa gestation, et l'enfant pendant les trois derniers mois de sa première vie.

Documents montrant les résultats de cette surveillance.

Après avoir exposé les conditions qui peuvent entraver ou favoriser le développement de l'enfant avant sa naissance, c'est-à-dire pendant sa vie intra-utérine, après avoir passé en revue les différentes complications auxquelles peut aboutir une grossesse qui a évolué sans soins, après avoir essayé d'esquisser les moyens de les conjurer, il nous reste à montrer les bons résultats de la surveillance médicale s'exerçant chez les femmes enceintes, résultats qui ne peuvent être concluants que s'ils reposent sur des chiffres.

Nous commencerons par ceux des maternités parisiennes.

I. — *Maternités parisiennes.*

Nous avons fait des recherches dans différentes maternités de Paris, concernant simplement les éclampsies et les présentations de l'épaule, et voici les renseignements qu'elles nous ont fournis.

A. — *Eclampsie.* — Les résultats que nous avons

pu recueillir à la clinique Baudelocque sont particulièrement intéressants, car nous avons suivi un certain nombre de femmes venues à la consultation de 1900 à 1904, présentant des signes d'auto-intoxication gravidique et notamment de l'albuminurie à des degrés variables. A toutes ces femmes, on a prescrit le régime lacté, et parmi celles revenues dans le service expulser leur produit de conception, une seule sur 620 a présenté des accès éclamptiques après l'accouchement ; elle accoucha néanmoins d'un enfant pesant 3.230 grammes, comme on le verra dans l'observation VC que nous publions plus loin.

*
* *

Tableau des femmes albuminuriques traitées à la consultation de la Cl. Baudelocque.

Années	Nombre de consultantes	Nombre d'albuminuriques	Albuminuriques traitées, ayant accouché à la Cl. Baudelocque	Nombre d'éclampsies
1900	6092	324	132	0
1901	6571	459	147	0
1902	6727	308	111	1
1903	7658	301	129	0
1904	7380	232	101	0
Total	34.428	1.624	620	1

Pourcentage = 0,16.

OBSERVATION VC

(Recueillie à la clinique Baudelocque. Janvier 1902).

D... Irma, domestique, 19 ans, ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. Rougeole à 8 ans.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement.

Cette primipare a ses dernières règles du 5 au 10 avril 1901, son dernier rapport en mai et vient à la consultation de la clinique Baudelocque le 2 janvier 1902, où Mlle Véret fait les constatations suivantes :

Enfant vivant, s'engageant par le sommet en droite.

Col long, fermé, situé très en arrière.

Très léger œdème des membres inférieurs.

Paraît un peu obnubilée.

Quantité considérable d'albumine dans les urines.

HU = 34 centimètres.

La femme entre immédiatement au dortoir, où l'on remarque en plus des constatations précédentes une légère bouffissure de la face. On lui administre un purgatif, et on lui prescrit le régime lacté absolu.

3 janvier. — Le tube d'Esbach marque 4 grammes d'albumine ; le lendemain, après purgation, il ne marque que 1 gr. 50.

Pendant toute la durée du séjour de la femme au dortoir, cette albuminurie persiste, oscillant entre 1 gr. 25 et 7 grammes, la quantité d'urine était de 1.500 grammes à 2 litres.

17 janvier. — *La femme a mangé*, malgré la défense qui lui avait été faite ; ses urines tombent de 2 litres à 1.500 grammes et l'albumine monte de 3 grammes à 7 grammes environ.

18 janvier. — Purgatif : 3 grammes d'albumine et 1 litre 1/2 d'urines.

La femme accuse des troubles de la vue et de la céphalée.

Le travail débute à midi ; à 7 heures du soir, elle entre à la salle de travail ; à ce moment le col est perméable et la tête se présente en D.P.

Les membranes se rompent spontanément à minuit 35 m., le 19 janvier, et donnent issue à un liquide amniotique opalescent.

La dilatation est complète à 2 h. 45 du matin.

L'expulsion du fœtus a lieu à 1 h. 10 après en O. P.

On pratique la délivrance trente minutes après : le placenta pèse 550 grammes ; il présente de nombreux infarctus blancs typiques.

Le pouls est à 100 ; la température à 36°8.

A 6 heures du matin, la femme se plaint de nausées et de céphalée ; le pouls est bien frappé, mais variant comme nombre de 86 à 116.

Il y a un léger écoulement sanguin ; l'utérus a tendance à se relâcher.

En raison de la quantité considérable d'albumine (environ 10 gr.), des nausées, d'une certaine agitation, des céphalées dont la femme se plaint, on la surveille très attentivement en prévision d'un accès éclamptique possible. Cet *accès* éclate en effet à 7 h. 20 du matin, précédé d'inspirations fréquentes et stertoreuses, d'agitation. Il dure environ une demi-minute. La sage-femme en chef, aussitôt prévenue, fait donner du chloral à la malade.

L'accès passe, la femme reste pendant une demi-heure dans un état stertoreux ; elle se réveille ensuite, reconnaît son entou-

rage et se sent un peu mieux. Mais à partir de 8 h. 30 elle se plaint de nouveau de céphalées ; à midi 15, *deuxième accès*, plus court, chloroforme. Lavement purgatif. Une cuillerée à soupe de chloral dans du lait toutes les heures.

Tout le reste de la journée, la malade est somnolente, prenant de temps en temps connaissance.

A partir de ce jour, les urines sont restées à 1 litre 1/2, et la quantité d'albumine tombe progressivement de 5 grammes à 3 grammes, 2 grammes et 50 centigrammes, subissant cependant quelques oscillations.

La veille de sa sortie, qui a lieu le 12 février, la femme n'avait plus que 75 centigrammes.

Les suites de couches ont été apyrétiques. L'enfant, du sexe féminin, pèse à sa naissance 3.230 grammes ; à partir du septième jour, il augmente de poids ; à sa sortie, il pesait 3.940 grammes.

*
* *

Ensuite nous avons voulu nous rendre compte des différences qui pouvaient exister dans le fonctionnement général du service avant et après 1897, date à laquelle la surveillance exercée à la consultation devint plus étroite, et où celle-ci subit les heureuses modifications que nous avons exposées précédemment.

Tableau des éclampsies avant 1897 (1).

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de cas d'éclampsies
1890	1244	4
1891	1654	2
1892	1834	5

1. Fonctionnement de la clinique Baudelocque de 1890 à 1896.

1893	1920	10
1894	2139	9
1895	2080	5
1896	2270	13
Total	13.141	48

Pourcentage = 0,36.

*
* *

Tableau des cas d'éclampsie survenus à la clinique Baudelocque depuis 1897 (1).

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de cas d'éclampsie
1897	2314	6
1898	2305	9
1899	2633	3
1900	2830	4
1901	2776	6
1902	2667	6
1903	2794	10
1904	2778	7
Total	21.097	51

Pourcentage = 0,24.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que le pourcentage des éclampsies du service qui était de 0.36 est tombé depuis 1897 à 0.24. Les chiffres

1. Fonctionnement de la clinique Baudelocque de 1897 à 1904.

parlent d'eux-mêmes et n'ont point besoin d'interprétation.

Il était également intéressant d'établir une comparaison entre ces chiffres obtenus et ceux des autres maternités parisiennes. C'est ce que nous avons fait, nous limitant à certaines d'entre elles, c'est-à-dire à celles de la Pitié, de l'Hôtel-Dieu, de la Maternité, de Saint-Antoine et de la clinique Tarnier.

Nos recherches personnelles n'ont porté que sur les cinq dernières années de la maternité de Saint-Antoine ; notre tâche a été partout facilitée par la publication de certains fonctionnements dont il sera question au chapitre de la bibliographie, par des statistiques inédites qu'ont bien voulu nous fournir Mme Chineau, sage-femme en chef de la Pitié, Mlle Hénault, sage-femme en chef de la Maternité, et M. le Dr Champetier de Ribes à l'Hôtel-Dieu.

*
* *

Tableau des cas d'éclampsie survenus à la maternité de l'Hôtel-Dieu depuis 1897 (1).

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de cas d'éclampsie
1897	1441	5
1898	1578	7
1899	1425	4

1. Fonctionnement de la maternité de l'Hôtel-Dieu de 1897 à 1904.

1900	1353	5
1901	1492	2
1902	1540	3
1903	1535	5
1904	1486	5
Total	11850	36

Pourcentage = 0,30

*
* *

Tableau des cas d'éclampsie survenus à la maternité de la Pitié depuis 1898 (1).

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de cas d'éclampsie
1898	2947	3
1899		1
1900		1
1901		2
1902		1
1903	1351	1
1904		0
1905 (1er juillet)		0
Total	4298	9

Pourcentage = 0,20

*
* *

1. Statistique de la maternité de la Pitié depuis le 1er avril 1898 au 1er avril 1903. Thèse G. Fessard, Paris, 1903.

Documents inédits du 1er avril 1903 au 1er juillet 1905, communiqués par Mme Chineau, sage-femme en chef du service.

Tableau des cas d'éclampsie survenus à la Maternité depuis 1897 (1).

Années	Nombre d'accouchements	Nombre d'éclampsies
1897	3848	32
1898	3960	18
1899	4280	16
1900	4796	20
1901	5165	19
1902	5296	11
1903	5333	15
1904	5856	14
Total	38.534	145

Pourcentage = 0, 37.

*
* *

Tableau des cas d'éclampsie survenus à la clinique Tarnier depuis 1898 (2).

Années	Nombre d'accouchements	Nombre d'éclampsies
1898	1535	6
1899	1763	8
1900	1779	10
1901	1906	9

1. Documents inédits communiqués par Mlle Hénault, sage-femme en chef de la Maternité.

2. Journal *L'Obstétrique*. Statistique de la clinique Tarnier de 1898 à 1904.

1902	1606	4
1903	1729	6
1904	1908	6
Total	12.226	49

Pourcentage = 0,40

*
* *

Tableau de cas d'éclampsie survenus à la maternité de Saint-Antoine depuis 1897 (1).

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de cas d'éclampsie
1897	1560	8
1898	1873	17
1899	1976	20
1900	2250	9
1901	2398	10
1902	2290	17
1903	2388	11
1904	2319	11
Total	17054	103

Pourcentage = 0,60.

*
* *

Tableau global des cas d'éclampsie survenus dans différentes maternités depuis 1897.

Hôpitaux	Nombre d'accouchements	Nombre d'éclampsies	Pourcentage
Pitié.....	4298	9	0,20
Hôtel-Dieu.....	11850	36	0,30

1. P. Bar. *Fonctionnement de la maternité de Saint-Antoine de 1897 à 1900.*

Maternité.....	38538	145	0,37
Clinique Tarnier...	12226	49	0,40
Saint-Antoine.....	17054	103	0,60
Cliniq. Baudelocque.	21097	51	0,24

*
* *

Nous ferons remarquer que depuis 1897, sauf pour la maternité de la Pitié (0,20), le pourcentage des cas d'éclampsie est notablement inférieur à la clinique Baudelocque (0,23) car dans les autres maternités il oscille entre 0,30 et 0,60 o/o.

B. — *Présentations de l'épaule.* — Les statistiques que nous allons exposer ont été puisées aux mêmes sources que celles relatives aux éclampsies ; c'est dire que les recherches personnelles portent uniquement sur les cinq dernières années de la maternité de Saint-Antoine.

*
* *

Tableau des présentations de l'épaule. — Cl. Baudelocque avant 1897.

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de présentations de l'épaule
1890	1244	12
1891	1654	3
1892	1834	10
1893	1920	3
1894	2139	7

1895	2080	18
1896	2270	6
Total	13.141	59

Pourcentage = 0,44.

*
* *

Tableau des présentations de l'épaule depuis 1897. — Cl. Baudelocque.

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de présentations de l'épaule.
1897	2314	7
1898	2305	5
1899	2633	6
1900	2830	5
1901	2776	8
1902	2667	3
1903	2794	5
1904	2778	4
Total	21.097	43

Pourcentage = 0,20 au lieu de 0,44

*
* *

Tableau des présentations de l'épaule depuis 1897. — Hôtel-Dieu.

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de présentations de l'épaule.
1897	1441	7
1898	1578	5
1899	1425	6

1900	1353	4
1901	1492	5
1902	1540	5
1903	1535	10
1904	1486	3
Total	11.850	45

Pourcentage = 0,38.

*
* *

Tableau des présentations de l'épaule depuis 1897. — La Pitié.

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de présentations de l'épaule.
1898	2947	3
1899		1
1900		2
1901		1
1902		3
1903		0
1904	1351	4
1905 (jusqu'au 1er juillet)		1
Total	4298	15

Pourcentage = 0,34.

*
* *

Tableau des présentations de l'épaule depuis 1897. — La Maternité.

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de présentations de l'épaule.
1897	3848	27
1898	3960	28
1899	4280	24

1900		4796	28
1901		5165	23
1902		5296	32
1903		5333	27
1904		5856	30
	Total	38.534	219

Pourcentage = 0,56.

*
* *

Tableau des présentations de l'épaule depuis 1898. — Clinique Tarnier.

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de présentations de l'épaule
1898	1535	10
1899	1763	4
1900	1779	12
1901	1906	5
1902	1606	6
1903	1729	13
1904	1908	9
Total	12226	59

Pourcentage = 0,48.

*
* *

Tableau des présentations de l'épaule depuis 1897. — Saint-Antoine.

Années	Nombre d'accouchements	Nombre de présentations de l'épaule
1897	1560	12
1898	1873	19
1899	1976	7

1900	2250	17
1901	2398	18
1902	2290	22
1903	2388	22
1904	2319	14
Total	17054	131

Pourcentage = 0,76.

*
* *

Tableau global des présentations de l'épaule survenues dans différentes maternités depuis 1897. — Pourcentage.

Hôpitaux	Accouchements	Présent. de l'épaule	Pourcentage
Clinique Baudelocque.	21097	43	0,20
Pitié.....	4298	15	0,34
Hôtel-Dieu.....	11850	45	0,38
Clinique Tarnier.....	12226	59	0,48
Maternité.....	38538	219	0,56
Saint-Antoine.....	17054	131	0,76

Là encore, les chiffres nous indiquent que depuis 1897 le pourcentage des présentations de l'épaule à la clinique Baudelocque est très inférieur à celui des autres maternités qui varie de 0,34 à 0,76 o/o.

II. — *Dans les villages.*

Les mesures prophylactiques édictées par l'arrêté municipal de Villiers-le-Duc sont aussi démonstra-

tives et concluantes dans leurs résultats. Nous confinant sur le terrain de la puériculture intra-utérine, nous n'exposerons que les documents ayant trait à la mortinatalité depuis un siècle, avant et après 1884, époque à laquelle M. Morel de Villiers prit la direction des intérêts de sa commune.

De 1804 à 1884, il y eut 43 mort-nés alors que depuis 1884 on n'en compte que deux. Un seul enfant est né mort depuis quinze ans. La mort de cet enfant, survenue faute d'intervention médicale, a fait prendre à M. Morel de Villiers une nouvelle mesure prescrivant aux sages-femmes de mander un médecin toutes les fois qu'un accouchement ne se ferait pas dans les vingt-quatre heures.

Ce dernier article complète la merveilleuse organisation de l'assistance médicale de la femme enceinte à Villiers-le-Duc.

*
* *

COMMUNE DE VILLIERS-LE-DUC

Pourcentage de la mortinatalité.

Années	Naissances	Mort-nés	Pourcentage
1804-1883	784	43	5,58
1884-1903	88	2	2,04

La mortinatalité qui était de 5,58 o/o tombe après l'application de l'arrêté municipal à 2,04.

Tableau de la mortinatalité dans la commune de Villiers-le-Duc pendant un siècle. (1804-1903).

Périodes quinquennales	Naissances	Enfants mort-nés
1804-1808	67	2
1809-1813	72	2
1814-1818	59	6
1819-1823	73	4
1824-1828	59	5
1829-1833	75	2
1834-1838	75	2
1839-1843	52	6
1844-1848	48	4
1849-1853	29	1
1854-1858	38	2
1859-1863	42	1
1864-1868	29	3
1869-1873	27	0
1874-1878	23	3
1879-1883	16	0
1884-1888	20	1
1889-1893	19	0
1894-1898	19	0
1899-1903	30	1

*
* *

Il était intéressant de comparer ces résultats avec ceux des communes voisines, dans des conditions de

climat identique, mais non soumises à la surveillance médicale. Les documents publiés, que M. le professeur Pinard lut à l'Académie de médecine, ne permettent de faire qu'une comparaison partielle avec la commune de Vanvey, distante de 1.600 mètres de la précédente, et qui reçoit depuis une dizaine d'années seulement la visite d'un médecin des environs, venant à jours fixes deux fois par semaine. La mortinatalité n'est guère en diminution depuis ce temps.

*
* *

Commune de Villiers-le-Duc

Périodes décennales	Naissances	Mort-nés
1884-1893	39	1
1894-1903	49	1
Total	88	2

Pourcentage de la mortinatalité = 2,04

*
* *

Commune de Vanvey-sur-Ource

Périodes décennales	Naissances	Mort-nés
1884-1893	87	4
1894-1903	37	3
Total	160	7

Pourcentage de la mortinalité = 4,37.

*
* *

Ces deux tableaux, si instructifs, nous montrent que dans une commune, où l'assistance médicale de

la femme enceinte est réglementée, la mortinatalité est de 2,04 o/o, tandis que dans la localité voisine, où la surveillance est nulle ou insuffisante, elle monte à 4,37.

CONCLUSIONS

1° Toute grossesse doit évoluer sous un contrôle médical pour assurer à la femme enceinte une gestation, un accouchement et des suites de couches physiologiques ; au fœtus une sortie facile et les moyens de lutter dans des débuts de la vie extra-utérine.

2° Le contrôle médical variera avec les localités considérées ; et voici dans quelles conditions il nous a paru donner les meilleurs résultats :

Dans les grandes villes, il sera assuré au moyen d'une consultation permanente, faite par une sage-femme, sous la surveillance du chef de service.

Dans les villages, la femme enceinte demandera l'assistance de la commune en déclarant sa grossesse à la mairie avant le septième mois ; elle recevra les ressources matérielles et les soins médicaux nécessités par son état comme l'indique l'arrêté du maire de Villiers-le-Duc ; mais il serait à souhaiter que l'Etat et le département viennent prêter leur concours à cette œuvre bienfaisante en s'inspirant des mesures prises par M. Morel de Villiers.

3° Les statistiques que nous avons exposées montrent qu'une réforme s'impose, puisque là où une surveillance médicale a pu être appliquée, les résultats sont meilleurs que partout ailleurs.

Vu : le Président de la thèse

PINARD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

PINARD (A.). — De l'assistance des femmes enceintes. Conférence faite à la Sorbonne le 9 mai 1891.

VARNIER (H.). — La pratique des accouchements. Obstétrique journalière.

RIBEMONT-DESSAIGNES (A.) et LEPAGE (G.). — Précis d'obstétrique.

PINARD (A.). — Rapport sur un arrêté municipal pris par M. Morel de Villiers, médecin et maire de la commune de Villiers-le-Duc (Côte-d'Or).

— Bulletin de l'Académie de médecine, n° 11 (Séance du 15 mars 1904).

Annales de la Société obstétricale de France. Années 1893-1895-1897.

PERRET. — Le Journal « L'Obstétrique ». Statistiques de la clinique Tarnier. Années 1900, 1901, 1902, 1903, 1904 et 1905.

LEPAGE (G.). — Fonctionnement de la clinique Baudelocque. (Années 1890 à 1904).

FESSARD (G.). — Statistique de la maternité de la Pitié depuis le 1er avril 1898 au 1er avril 1903 (Thèse, Paris, 1903).

BAR (P.). — Fonctionnement de la maternité de Saint-Antoine de 1897 à 1900

Pinard (A., prof.). — Conférence faite le 21 décembre 1905 à l'Université populaire du faubourg Saint-Antoine sur « la Puériculture pendant la gestation ». Cahiers de l'Université populaire, 1905.

MARCHAL et BILLARD, imp.-édit., 27, Place Dauphine, Paris.